FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968

THÈSE

N° 265

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lucien NORDMANN

Né le 28 Janvier 1941, à NEUILLY-sur-SEINE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

UNE EXPERIENCE DE TRAITEMENT DE PSYCHOTIQUES DANS UN HOPITAL DE JOUR

Président : Monsieur P. PICHOT (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI°
1968

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1968 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Lucien NORDMANN

Né le 28 janvier 1941 à Neuilly s/Seine

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

-:-

Présentée et soutenue publiquement le

-:-

UNE EXPERIENCE DE TRAITEMENT DE PSYCHOTIQUES DANS UN HOPITAL DE JOUR

-:-

Président : Monsieur P. PICHOT (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS - 6e
1968

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523704_0091

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), BENARD (H), BERNARD (E), BINET (L), BULLIARD (H), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), CHEYMOL (J), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GAUDART d'ALLAINES (F.de), GENNES (L.de), GIROUD (A), HAZARD (R), HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER (G), LELONG (M), LEVY (Mlle J), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MARCHAL (G), MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RENARD (G), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L), VERNE (J).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er assesseur ..... Daniel BARGETON
2e assesseur ..... Jean GOSSET

I - PROFESSEURS

I°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A) HUARD (P)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F) POLONOVSKI (J) DESGREZ (P)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	BUGNARD (L) DOGNON (A) DJOURNO (A)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H) COUJARD (R)

	MM.
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du travail	DESOILLE (H)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G) KUSS (R) VERNE (J.M)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.C)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl) BRICAIRE(H) PEQUIGNOT(H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P)
Pharmacologie	BOISSIER (JR) LECHAT (P)
Physiologie	BARGETON (D) PARROT (J)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie	CABROL (Ch)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch)
Bactériologie	BARBIER (P)
Biochimie médicale	DREYFUS(J.Cl)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Parasitologie	LARIVIERE (M)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J)
Physiologie	DEJOURS (P) SCHERRER (J)

	MM.
Physique médicale	KELLERSHOHN (L) GOUGEROT (L) ROUCAYROL (J.Cl) TUBIANA (M)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P)
- - (Boucicaut)	LENEGRE (J)
Cliniques chirurgicales Beaujon	LORTAT-JACOB (JL)
-	BAUMANN (J)
Cochin	LEGER (L)
Hôtel-Dieu	PATEL (J)
St-Antoine	GOSSET (J)
Salpêtrière	SICARD (A)
Tenon	OLIVIER (Cl)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AU- BIGNE (R)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Foch)	PADOVANI (P)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Beaujon)	CAUCHOIX (J)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R)

MM.

Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE(P)
Cliniques médicales — Bicêtre	DEPARIS (M)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P)
Cliniques médicales — Cochin	N...
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	CONTE (M)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY(R)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON(L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER(J)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN(R)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G)
- - (Cochin)	BREGEAT (P)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI(P)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S)

	MM.
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BROUET (G)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX(L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SEZE (S.de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique (F.Widal)	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.Poincaré)	JUDET (R)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER(P)
- - (Necker)	COUVELAIRE(R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R)
Séméiologie médicale (A.Chantin)	DOMART (A)
- - (Lariboisière)	BOUVRAIN(Y)
- - (Pitié)	RAMBERT (P)
- - (Rothschild)	WOLFROMM(R)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX(F)

b) Professeurs à titre personnel

Hématologie	ANDRE (R) BOUSSER (J)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A)
Maladies infectieuses	BASTIN (R)
Médecine	AZERAD (E) BOUR (H) CAROLI (J) DREYFUS (B) GROSSIORD(A) LAMBLING(A) LAUNAY (Cl) PAYET (M) PERRAULT(M) SIGUIER (F) WORMS (R)
Néphrologie	RICHET (G)

MM.

Neuro-chirurgie	Le BEAU (J)
Neurologie	LHERMITTE (F)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R)
Pédiatrie	POLONOVSKI(Cl) ROYER (P)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B) MEYER (A)
Rhumatologie	DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch)
Bactériologie	CHRISTOL (D)
Biochimie médicale	CARTIER (P) GONNARD (P) NORDMANN (J)
Biologie médicale	HARTMANN (L)
Chirurgie	CERBONNET (G)
Hématologie	BILSKI- PASQUIER(G)
Maladies infectieuses	DUPONT (V)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G)
Pédiatrie	ROSSIER (A)
Physique médicale	COURSAGET(J) GREMY (F)
Physiologie	GIRARD (Fr)
Stomatologie	CHAPUT(Mme A)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY(P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

IV - PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D)

Secrétaire général de la Faculté	M.LENA (J)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M.le Docteur HAHN(A)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P), LAURENT (H),Le NOIR (G)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J), FORGET (F),Mlles DUROZOY (M.F.), ROBERGE (D), Dr. SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

-:-

A Monsieur le Professeur Pierre PICHOT

Professeur de Psychologie Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris

Qui a bien voulu accepter
la présidence de cette
thèse

Au Docteur Jacques AZOULAY

Sans qui ce travail n'aurait pas
vu le jour

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

MM. le Professeur LEGER
le Professeur GILGERT-DREYFUS
le Docteur RONDEPIERRE
le Docteur SIGWALD
le Professeur DENOIX
le Docteur HENNE
le Docteur CHAIGNEAU
le Docteur PAUMELLE
le Docteur TRILLAT
le Docteur DAUMEZON

UNE EXPERIENCE DE TRAITEMENT DE PSYCHOTIQUES DANS UN HOPITAL DE JOUR

-:-

INTRODUCTION

-:-

L'expérience que nous allons décrire s'est déroulée à l'hôpital de jour du XIIIe arrondissement, où nous avons été interne pendant un an et dont le responsable est le Docteur AZOULAY.

Elle s'intègre dans une expérience plus vaste, à l'échelon du XIIIe tout entier, l'application de la politique dite de secteur, qui veut se donner les moyens d'assurer une prise en charge réelle des besoins psychiatriques de la population. L'accent est mis d'une part sur la continuité des soins par une même équipe, d'autre part sur les institutions extra-hospitalières, dont l'hôpital de jour, où des techniques sociothérapiques propres se sont progressivement développées. Dans le cadre du secteur, la prise en charge dans l'institution n'interrompt pas la relation individuelle du malade et du médecin de secteur et la durée de séjour est la plus courte possible. Mais ces éléments ne règlent pas le problème de la thérapeutique institutionnelle. Celui-ci a pu être posé grâce à de multiples apports théoriques relativement récents, auxquels ont contribué les promoteurs de l'expérience du XIIIe, PAUMELLE, RACAMIER, LEBOVICI, DIATKINE, inspirés à la fois par une formation psychanalytique et une expérience des structures asilaires.

Plusieurs courants de recherche peuvent être ainsi isolés.

I) La connaissance et la maîtrise des institutions psychiatriques ... a été au centre des préoccupations en France parmi les psychiatres depuis la dernière guerre. Si le premier mouvement a été surtout humanitaire, une théorisation aussi scientifique que possible a tenté de le prolonger à mesure que la pratique l'exigeait. La microsociologie, la sociométrie, l'oeuvre de LEWIN en particulier ont inspiré divers auteurs : RACAMIER a tenté de décrire une sociopathologie des schizophrènes hospitalisés (16), FERNANDEZ ZOILA et LEBRETON (6) dans une série d'études directement inspirées de la "recherche active" de LEWIN ont appliqué ses notions de laboratoire social et d'auto-analyse collective. G. MICHAUX se référant à LEVI-STRAUSS et à M. MAUSS a défini (12) l'institution "comme une structure élaborée par la collectivité tendant à maintenir son existence, en assurant le fonctionnement d'un échange social de quelque nature qu'il soit". Si PONCIN (15) utilise le modèle de la linguistique pour retrouver des couples "d'oppositions distinctives" dans la structure hospitalière, de nombreux auteurs, TOSQUELLES et ses collaborateurs en particulier, ont introduit les concepts analytiques dans le champ hospitalier total. Cette extension prête à discussion et nous nous bornerons maintenant à rappeler l'apport de la psychanalyse à la connaissance des psychoses.

II) La psychanalyse et les psychoses (*)

D'abord centrée sur les névrotiques, la

(*) Nous désignons par "psychoses" les psychoses schizophréniques et les délires chroniques.

psychanalyse a, avec FREUD et depuis FREUD enrichi considérablement la connaissance et la thérapie des psychotiques. Un abord thérapeutique a été rendu possible, dans des institutions suffisamment atoxiques, après qu'on ait reconnu et toléré le transfert psychotique. A l'instar de FREUD, qui avait méconnu cette dimension, la clinique classique a longtemps considéré le schizophrène comme indifférent, coupé du monde. C'est que l'asile qui avec ses structures figées, protège chacun (soignant ou soigné) contre l'angoisse, entretient l'isolement et la dépersonnalisation du schizophrène. A l'inverse l'institution se modèle en "creux" sur sa pathologie. Le malade agressif se sent justifié dans son agressivité par l'agressivité en retour des soignants, ainsi s'installent des circuits agressifs - persécutifs et se développe l'agitation, la gangrène asilaire, dont parlait PAUMELLE (14). Le psychotique et son milieu "se livrent à une sorte d'échange mutuel de mauvais procédés" (RACAMIER). Ce n'est que dans un entourage satisfaisant que peut se dévoiler de façon utilisable la relation du psychotique à autrui. Aussi espérons nous pouvoir en montrer une illustration plus loin. A Chesnut Lodge où les conditions matérielles sont particulièrement favorables, STANTON et SCHWARTZ ont ainsi décrit de véritables scissions entre deux membres du personnel, dont la cause inconsciente était un psychotique qui avait ainsi structuré l'entourage selon ses défenses. Deux modes de défense étant ici en cause : la projection ou l'expulsion hors de soi, de ce qui est méconnu ou refusé en soi ; le clivage de l'objet en "bon" et "mauvais" objet, moyen primitif de défense contre l'angoisse que Melanie KLEIN a d'abord reconnu à l'oeuvre chez les jeunes enfants. Un autre

résultat important de l'analyse des psychotiques a été de mettre en évidence le rôle considérable joué par le contre-transfert du thérapeute. Ceci justifiant la formation psychanalytique du médecin et l'analyse permanente des attitudes de chacun des soignants. Cette analyse peut être utilement pratiquée en groupe et nous introduit à l'étude de ceux-ci.

III) Les psychothérapies de groupe

On peut distinguer ainsi que le fait LEBOVICI et coll.

- les clubs thérapeutiques où "l'activité principale des malades est orientée dans un sens pratique. Ils ont des tâches communes à remplir et c'est essentiellement sur la façon dont ils organisent leur travail collectif que le psychothérapeute va agir".

- les groupes de discussion, dont la première visée n'est pas thérapeutique mais de formation et de sensibilisation aux problèmes psychologiques.

- les groupes de psychanalyse de groupe dont les indications sont les mêmes que celles de la psychanalyse individuelle.

- les groupes de psychodrame qui sont particulièrement indiqués pour des psychotiques inabordables en psychanalyse individuelle.

Toutes ces techniques seront évoquées dans le courant de cette étude et précisées s'il en est besoin.

-:-

CARACTERISTIQUES GENERALES

-:-

L'hôpital de jour rompt avec la tradition répressive de la folie, le malade y vient non pour être enfermé mais pour être soigné. Cette demande est néanmoins ambiguë, certes elle traduit une certaine conscience morbide, mais pour un psychotique celle-ci est plus le reflet de l'attitude de la société que d'une souffrance interne. Le séjour à l'hôpital constitue alors un compromis avec les pressions internes et externes, apportant suffisamment de satisfactions, il tend à se pérenniser. Devant l'activisme thérapeutique le malade se défend par la passivité ou la fuite. Le niveau de l'activité institutionnelle est donc le résultat de plusieurs paramètres : la demande du malade, le désir du thérapeute, enfin sa tolérance à la frustration ou sa capacité de tolérer que le malade reste malade.

Nous allons décrire cette activité, en nous attachant particulièrement à la réunion quotidienne de tout l'hôpital de jour, à travers laquelle seront évoqués les problèmes de notre pratique.

Les conditions matérielles

L'hôpital de jour est situé à Soisy, dans la même enceinte que les autres pavillons d'hospitalisation. Cette situation relative-

ment paradoxale dans un dispositif psychiatrique qui se veut sectorisé, a eu l'avantage imprévu de diminuer l'absentéisme de façon importante. Le transport biquotidien des malades par un car spécial assure leur séjour dans l'institution d'environ 9 heures à 18 heures, l'effectif est limité à 35 malades, ce qui est un maximum tant pour le personnel que pour les locaux. Sur le plan architectural l'hôpital est de construction récente, de plain pied, avec de larges baies vitrées, il se divise en deux parties, séparées par un vaste salle de séjour dont une partie tient lieu de salle à manger et de cuisine : une partie médicale avec une infirmerie de 2 lits, un bureau médical, un bureau pour la secrétaire et les infirmières ; l'autre partie comprend deux ateliers d'ergothérapie. L'hôpital de jour n'est pas séparé du reste de l'hôpital et bénéficie des prestations communes regroupées sous le nom d'inter-pavillonnaire : bar, coopérative, coiffeur, groupe d'éducation physique etc..

Le personnel de l'hôpital de jour

Il comprend un médecin responsable de l'institution, par ailleurs médecin d'un secteur du XIIIe, certains de ses malades sont donc à l'hôpital de jour les autres continuent à être suivis par leur médecin de secteur, pour ces malades en particulier l'interne joue un rôle important dans la relation individuelle. Il s'agit là bien sûr d'un schéma suffisamment souple pour ne pas renvoyer inutilement les malades de médecins en médecins. Les bonnes relations entre ceux-ci sont particulièrement importantes et c'est un signe de malaise institutionnel lorsque les médecins mettent leurs malades uniquement dans leurs institutions. Dans la pratique le lieu d'activité du médecin ne se limite plus au

traditionnel bureau médical, mais il intervient à l'atelier, dans la salle commune, à la limite au pas de course derrière un malade qui s'enfuit dans le parc. Par ailleurs il faut signaler qu'un nombre non négligeable de malades est pris en psychothérapie individuelle ou en psychodrame, ces traitements ont alors lieu à Paris, au dispensaire.

En dehors d'une secrétaire médicale, l'équipe comprend 2 infirmières et 3 moniteurs ou monitrices (l'effectif prévu est de 2 infirmières et de 5 moniteurs ou monitrices).

Les moniteurs constituent un pôle relativement plus important que dans un hôpital à plein temps : les soins biologiques occupant une place moindre, les malades ayant plus d'autonomie. Par rapport aux infirmières, ils sont plus proches de la "réalité" et interviennent de façon plus libre, plus directe. Les infirmières se définissent alors par rapport à eux dans un rôle protecteur maternant, dans le cadre d'une relation plus proche, en dehors du travail parfois à l'infirmerie. L'infirmière sert alors souvent de confidente, de conseillère dans les activités quotidiennes. Ces différents rôles sont articulés dans la réunion de soignants que nous verrons plus loin.

Les malades

Quelques tableaux extraits du rapport annuel de 1966 permettent de préciser l'activité de l'hôpital de jour.

Mouvement des malades

Malades présentés au 1er janvier 1966	27
Malades présentés au 1er janvier 1967	31
Malades présents au cours de 1966 et sortis au 1er janvier 1967	41
Total des malades hospitalisés en 1966	68

Temps de séjour

11 malades	2 jours
4 malades	8 jours
3 malades	15 jours
27 malades	1 mois
5 malades	2 mois
4 malades	3 mois
8 malades	4 mois
2 malades	6 mois
1 malade	8 mois
1 malade	10 mois

Au 1er janvier 1966

10	malades	avaient déjà	séjourné	6 mois
10	"	"	"	1 an
1	"	"	"	2 ans
2	"	"	"	3 ans
4	"	"	"	4 ans

Diagnostic des malades hospitalisés ou présents en 1966

Délire chronique	9
Schizophrénie en phase évolutive	24
Schizophrénie fixée	24
Névrose et alcoolisme névrotique	12
Arriération ou démence	3
Alcoolisme psychopathique ou toxicomaniaque	15

Plus que le diagnostic, ce qui compte pour les indications, c'est comme nous l'avons vu le degré de coopération du malade. De plus il faut que la famille soit capable de tolérer le malade pendant une partie de la journée et le dimanche tout entier. Un véritable travail de prise en charge double est ainsi souvent exécuté au niveau de l'équipe de secteur. Une mauvaise indication se traduit rapidement par des absences répétées ou

des troubles du comportement nécessitant l'hospitalisation complète. La proximité des autres pavillons permet une articulation souple, pourtant l'hospitalisation est souvent vécue par les autres malades comme une punition inexplicable : si l'on essaye souvent comme nous le verrons plus loin de faire partager par tous les problèmes de la prise en charge d'un malade, la décision d'hospitalisation est prise par le seul médecin et apparaît ainsi comme une manifestation arbitraire de son pouvoir.

Sur le plan diagnostique, la majorité est constituée de psychotiques (66 p.cent) comme le montre le tableau, c'est sur eux que nous avons centré notre étude. Un nombre important parmi eux est constitué de schizophrénies fixées, pour ceux-ci on s'oriente d'emblée vers une prise en charge de longue durée, leur motivation à un changement profond est extrêmement faible et leur mobilisation pose comme nous le verrons de difficiles problèmes. Les névrosés, s'ils animent utilement la vie institutionnelle, en bénéficient moins, une psychothérapie individuelle quand elle est possible, est souvent plus utile.
Les alcooliques bénéficient peu d'un régime de trop grande liberté, alors qu'une attitude plus autoritaire nous entraîne dans la répétition de circuits névrotiques sado-masochistes. Leur participation à des groupes d'alcooliques au dispensaire est parfois favorable.

Un problème important est souvent posé par les déprimés avec risque de suicide où il faut savoir apprécier la qualité de la relation qu'ils entretiennent avec nous, pour décider si leur maintien à l'hôpital de jour est possible.

La vie concrète à l'hôpital de jour

La suppression complète de toute structure coercitive, tant dans l'hôpital de jour que dans les pavillons, la vigilance permanente pour empêcher l'apparition de conduites répressives ou rejetantes, entraîne un changement radical d'atmosphère. Cet allègement de l'atmosphère est encore plus marqué à l'hôpital de jour, une telle pratique tout en assurant la disparition de la mauvaise conscience et de la culpabilité des soignants, peut entraîner une certaine anxiété, elle impose en tout cas une plus grande activité à ceux-ci.

L'organisation de la vie est centrée sur certaines structures fixes : l'ergothérapie et l'existence de la caisse des malades.

Les ateliers situés au pôle opposé à celui constitué par les bureaux médicaux et l'infirmerie se définissent comme un lieu de référence, par rapport auquel le malade se situe, sa présence ou son absence, les modalités de son "flirt" avec l'ergothérapie devenant significatives. Le travail est hautement défini comme non obligatoire, si un moniteur peut demander à tel malade de venir travailler c'est en fonction de la relation qu'il a avec lui. Il ne s'agit pas de travailler pour faire plaisir au médecin. Le travail n'est que le substratum d'échanges interindividuels, qu'une médiation dans le rapport à l'autre, et c'est parfois le seul moyen pour le malade ou pour le moniteur d'établir cette relation de façon point trop angoissante. Aussi si l'exécution d'un objet fini est valorisée, des travaux en commun sont également favorisés, plusieurs malades peuvent ainsi exécuter un même objet, un malade particu-

lièrement compétent dans une technique peut initier un groupe autour de lui, un malade plus évolué enfin peut assister un catatonique, par exemple. Mais ces éléments ne réduisent pas l'importance du moniteur, si délibérément il ne veut pas assumer l'image transférentielle de celui qui sait tout ou celle du contremaître. (Il va de soi que toute idée de rendement ou de réadaptation professionnelle est exclue du travail thérapeutique). Il reste le support d'identification et de transfert intenses qu'il lui appartient de manier seul ou par l'intermédiaire de la grande réunion, par ailleurs une attention constante est nécessaire pour empêcher la dégénérescence de cet outil de soins, nous verrons précisément un peu plus loin comment les malades s'inscrivent dans ce cadre fixé par le médecin.

Auparavant il faut étudier cet autre élément de la structure institutionnelle : la caisse des malades, dont l'existence est directement liée à l'absence de rémunération individuelle. Les objets fabriqués qui présentent souvent une qualité artisanale certaine sont vendus au dehors par l'intermédiaire du dispensaire ou à l'intérieur de l'hôpital aux malades des autres pavillons ou de l'hôpital de jour. Le produit des ventes déduction faite du prix des matières premières avancées par l'hôpital est affecté entièrement à une caisse commune ce qui consacre ainsi la disparition du dérisoire pécule. Cette caisse commune est gérée par tous les malades qu'ils travaillent ou qu'ils ne travaillent pas. Ceux-ci consacrent leur argent à améliorer les repas de l'hôpital par l'achat de café ou autres boissons, peuvent s'accorder des prêts, achètent enfin des disques ou des livres. Les sorties collecti-

ves sont relativement réduites, du fait que les malades peuvent bénéficier tous les soirs et le dimanche des distractions de la capitale.

Dans ce cadre fixe établi par le médecin comment s'inscrivent les demandes du malade et sa pathologie ?

L'adaptation réciproque des institutions et des malades et un fait bien connu, d'une institution à une autre la pathologie change, cet élément est particulièrement souligné par OURY, ainsi que le rapporte MICHAUX, l'adéquation permanente de la demande du groupe des soignants à celle du groupe des soignés, évite l'apparition de circuits aliénants, en d'autres termes "ce n'est pas l'institution qui soigne mais l'institutionnalisation". Notre pratique et notre théorie diffèrent sensiblement de celle d'OURY, mais des éléments analogues peuvent s'y retrouver. En premier lieu devant le travail tend à se réaliser la "clinique d'activités" que souhaitait DAUMEZON (5). On peut observer des attitudes d'échec, d'isolement dans le travail, de dépendance infantile au moniteur, avec agressivité devant un sentiment vécu d'abandon, des conduites toxicomaniaques ou encore des investissements magiques ou délirants des objets. Dans les groupes des attitudes de prestance ou des conduites inconscientes de sabotage peuvent se développer. Dans son comportement le moniteur qu'il soit neutre ou au contraire interventionniste, doit se méfier de ce que AYME dénonce comme l'impérialisme culturel du psychiâtre. Pour le moniteur en dehors de sentiments contre-transférentiels mal analysés, il s'agit de ne pas imposer sa conception du travail, ou ses goûts pour la fabrication de tel ou tel objet,

ce qui provoquerait le désintéressement des malades, la thèse d'AZOULAY illustre bien ce problème à propos de l'ergothérapie en milieu musulman (1). Le système de rénumération fixé par le médecin n'est pas contesté globalement par les malades mais il est l'objet de critiques et d'aménagements divers. Sur le plan culturel, justement, l'absence de rémunération individuelle est souvent mal acceptée, tout travail mérite salaire dit-on, il n'y a pas de raison que ceux qui ne travaillent pas soient sur le même plan que ceux qui travaillent ; la nécessité d'acheter l'objet qu'on a fabriqué, si on veut l'acquérir est particulièrement mal vécue. Ainsi en réunion on a décidé d'accorder une réduction de 20 p.cent pour les achats effectués par des malades de l'hôpital de jour. Ceci qui était très vivement souhaité par les malades a le double désavantage de diminuer la somme d'argent disponible pour la vie collective et de favoriser des échanges en circuit fermé. C'est un exemple d'aménagement de l'institution selon la demande des malades. Mais ceci n'est qu'un sous produit de la vie institutionnelle, qui n'est pas centrée sur un gouvernement des patients par eux-même (patients' self-government) ou le pôle organisationnel mais sur le pôle psychothérapique, dans les différentes réunions que nous allons envisager maintenant.

Les différentes réunions

La réunion d'organisation

Elle est hebdomadaire alors que les autres réunions sont quotidiennes. Elle a lieu l'après-midi avec la participation des seuls infirmières et moniteurs. Ce qui traduit d'emblée un certain désinvestissement de la part des médecins, ainsi que leur volonté de ne pas

participer à un groupe réel qui discute de ses propres problèmes, de façon autonome. S'y trouvent discutés en effet les problèmes de la vie quotidienne, la répartition des tours de vaisselle, le partage des diverses responsabilités : goûter, trésorerie, bibliothèque, etc... un rôle important de cette réunion est de fixer le prix de vente des objets de l'ergothérapie, toute la complexité des relations de chaque malade avec son travail, celui de son camarade d'atelier, avec l'acheteur prévu peut se manifester avec la participation des moniteurs. Il va de soi que tout ce qui fait problème à cette réunion peut être rapporter au cours des autres.

La réunion des soignants

Dénommée "flash" elle est brève, a lieu tous les jours, assumée par l'interne, une fois par semaine, elle est plus longue, assumée par le médecin responsable. Cette alternance des rôles donne un caractère différent à chacune des deux. Son rôle premier est de favoriser la cohésion de l'équipe, de rendre le travail en commun agréable, de développer l'amitié entre ses membres. L'extériorisation des conflits peut permettre de les dépasser. Dans un climat de confiance et d'estime mutuelle le contre-transfert de chacun peut être analysé, certes à un niveau relativement superficiel. Le groupe peut alors devenir productif, les malades cessent d'être l'enjeu des luttes entre les membres de l'équipe. Les psychotiques utilisent de leur côté ces scissions qu'ils perçoivent dans le personnel pour structurer leur défense quand cette absence de cohésion n'aggrave pas leurs symptômes. L'histoire d'une malade est à cet égard particulièrement démonstrative, nous allons la rapporter dans ses grandes lignes :

Sophie est une jeune schizophrène de 25 ans, non délirante qui présente toujours une allure de petite fille modèle. Très fine elle sait à merveille séduire, émouvoir, susciter la pitié des personnes les plus diverses, qu'elle épuise ensuite littéralement de demandes incessantes, avec une intolérance extrême à la moindre frustration qui entraîne crises de larmes, bris d'objet ou menaces de suicide. Vis-à-vis de l'entourage, elle séparait ceux qui étaient pour elle de ceux qui étaient contre elle, toute autre position étant exclue. Ses relations s'organisèrent ainsi autour de plusieurs pôles. Les malades de l'hôpital de jour furent rapidement "contre elle", dans la mesure où elle les traitait tous globalement de "cornichons", où elle refusait de faire la vaisselle, de rendre l'argent prêté par la caisse. Elle était liée d'amitié pourtant avec deux autres malades qui comme elle entretenaient des liens transférentiels intenses avec le médecin responsable. Pour celle-ci il s'agissait d'une véritable toxicomanie d'objet : elle exigeait sans cesse des entretiens, elle le harcelait dans toutes ses activités, le suivait jusque chez lui ou l'attendait des heures à la porte de son logement dans l'hôpital, en menaçant par ailleurs de tuer sa femme. Etablir une relation psychothérapique avec elle nécessitait d'abord d'établir une distance suffisante pour que la relation fût tolérable, de part et d'autre. Un essai de psychodrame où le médecin responsable participait sans être le leader aboutit à un échec après quelques séances, en raison justement des éléments transférentiels intenses dont il était le support, transfert d'ailleurs d'ordre essentiellement maternel.

L'hôpital tout entier était considéré par

elle comme sa chose, réalisant tous ces désirs, payant ses frais de téléphone ou de train. Dans cette conjoncture, une infirmière de l'hôpital de jour occupait une position tout à fait symétrique de celle, frustrante, où se cantonnait le médecin responsable. Constamment gratifiante, très maternante, elle ne quittait pas sa protégée d'un pouce, l'essentiel de son activité était de la consoler, en lui tenant des discours moralisateurs ou de se promener avec elle la main dans la main. Cette malade réveillait sans doute beaucoup de penchants maternels chez cette infirmière, mais elle était également l'enjeu d'une sorte de pari non formulé entre elle et le médecin responsable. Celui-ci lui avait dit récemment, à son arrivée, qu'elle avait tout à apprendre. Il s'agissait dès lors de se prouver à elle même et au médecin responsable qu'il n'en était rien, qu'elle était, elle, capable de réussir là où tout le monde avait échoué. Au contraire ce conflit entretenait la pathologie de la malade, et ni l'un ni l'autre n'étaient capables seuls d'élucider à fond leur contre-transfert. La réunion d'équipe, les entretiens entre l'infirmière et le médecin responsable ont permis de dépasser en partie ces difficultés.

Il nous reste à parler de la grande réunion qui regroupe tous les matins (sauf le samedi et le dimanche) pendant une heure environ soignants et soignés. Nous allons centrer notre étude autour d'elle, dans la mesure où tous les problèmes de notre pratique s'y retrouvent. Ces réunions se pratiquaient aussi dans les autres pavillons et l'expérience de chaque équipe a été confrontée avec celle des autres. Ces échanges de

vue ont stimulé notre pratique et lui ont permis de définir son originalité.

Nous rapporterons le compte-rendu de quatre réunions, suivi des commentaires qu'ils appellent. Les trois derniers compte-rendus ont été pris en cours de réunion, ce qui a sans doute nuis à notre participation, mais qui permet d'en donner un reflet plus exact. Chaque réplique a été notée comme elle est rapportée et il s'agit souvent de son esprit plus que de sa lettre.

-:-

ETUDE CLINIQUE

-:-

Première réunion

Le thème est proposé par un soignant.
La réunion est centrée sur Mr. D...

- Quel profit tire-t-il de son hospitalisation, il est toujours absent de l'hôpital de jour ?
- Mr.D... dit qu'il aime bien se promener dans le parc, qu'il aime bien la nature. Il est paysan il n'est pas à l'aise à Paris.
- Un soignant : je ne sais pas si c'est très agréable de se promener tout seul dans le parc.
- Un malade : Mr. D... retourne souvent au pavillon où il était hospitalisé auparavant.
- Mr. D... : Oui, je vais voir mes camarades et une monitrice qui est du Jura comme moi.
- Dr.A.. : Vous voulez peut-être dire qu'on ne peut rien pour vous ici.
- Un soignant : Mr. D.. m'a dit qu'il avait peur au milieu de tout le monde.
- Mme R.. agressive : On nous a forcé à venir à la réunion, on était bien tous les deux Mr. D.. à fumer, moi à tricoter.
- Dr. A.. : Mr. D.. est à l'hôpital depuis près d'un an, je pense qu'il est important de s'occuper de lui.
- Mr. T.. parle d'un problème qui le concerne, on lui répond qu'il ne s'agit pas de cela.

Oui je suis égoïste.
- Mme R.. : non, Mr.T.. n'est pas égoïste. C'était à l'équipe entre elle de parler de Mr. D..
- Un soignant : Mr. D.., c'est un peu le problème de tout le monde.
- Mr. G.. : Il a des ennuis, quand ça ne va pas, il demande de l'aspirine aux camarades.
- Dr. A.. Justement de l'aspirine aux camarades plutôt que des médicaments à l'infirmière.
- Mr. G.. : Il pense peut-être que les médicaments ne valent rien !

Plusieurs grandes lignes apparaissent de cet extrait de réunion.

Mr.D.. est un malade parfaitement adapté à son personnage, qui ne fait plus parler de lui.

Les préoccupations des soignants permettent de faire émerger ses différentes tentatives de dialogue en dehors de la réunion et, aux différents participants de le "réinvestir" (ainsi il communique son prénom que la plupart ignorait). Son comportement, de fermé à autrui qu'il était, apparaît comme porteur d'une demande. Demande de soins adressée aux autres malades qui traduit son resentiment à l'égard des soignants.

Cette réunion, enfin, apparaît comme très directive rejetant l'intervention de Mr.T.., se heurtant à l'agressivité de Mme R... qui se présente comme le défenseur de Mr.D.. et de Mr. T..

°°°

Réunion n°2

Silence

- Mr. Da.. s'adressant à un soignant : vous avez eu peur de Mr. G.., vous lui avez cédé votre place. (Mr.G.. est un catatonique, quasi mutique).
- Leader : est-ce que vous pensez vraiment ce que vous venez de dire ?
- Mr. T.. : (s'adressant au leader) et vous est-ce que vous avez peur de moi ? (Mr.T.. est un malade très grand et très fort, et il a toujours peur de sa force).
- Mr. Da.. moi j'ai peur de Mr.G.. et j'aurais bien voulu qu'un médecin prenne sa place.
- le soignant : j'ai reculé effectivement devant l'idée de faire bouger ce mur qu'est Mr.G..
- Leader : moi je le trouve surtout absent.
- Mr. T..: Il n'est plus aussi enfant.
- Mlle B.: c'est vrai, il va mieux.
- Un soignant : en tout cas il ne dit rien.
- Mr. C..: vous ne vous ennuyez pas trop en dehors de l'hôpital de jour ?
- Mr. G.. rougit et rit, gêné.
- Un soignant : je trouve Mr.G. plutôt démuni maintenant, vous le trouvez fort ?
- Mr. T..: il est plus fort physiquement que moi.
- Mr. R..: c'est dans sa tête que ça se passe.
- Mr. Da.: il est égoïste, il garde son tabac pour lui.
- Mr. T..: oui mais il n'en a pas beaucoup, et il m'en donne à moi.
- Mr. Da..: ça ne fait rien, moi j'ai peur de Mr. G.

- Mr.T. au leader : et vous, avez-vous peur de moi ?
- Leader : les rares fois où j'ai été frappé par un malade, c'était à la suite d'une erreur de ma part.
- Mr. T..: le docteur B. a fait une erreur quand il m'a fait faire une deuxième cure de sommeil, alors que j'étais bien après la première.
- Leader : dans mon expérience, c'est souvent à la suite de fautes qu'ils ont faites dans la relation que des médecins reçoivent des coups d'un malade.
- Mme G..anxieuse : mais ils ne frappent tout de même pas des médecins, ils reconnaissent bien que ce sont des médecins.
- Mr.L..: c'est pour cacher sa faiblesse que le malade se bat.
- Mr.R..: le médecin finit parfois par exaspérer le malade.
- Mr.Ga..: quand un malade frappe un infirmier c'est qu'il a senti que l'infirmier a peur.
- Mr.R..: un infirmier n'a pas peur.
- Leader : si bien il peut avoir peur et dans ce cas je crois qu'il est bon qu'il le dise au malade.
- Mr.T..: l'autre jour au pavillon un tout jeune infirmier a reçu un coup de poing de Mr.L.
- Leader : c'est souvent un infirmier qui paraît faible, qui reçoit des coups de poing, quand on a peur on est agressif et on provoque ainsi le malade.
- Mr.T..: moi je ne bois jamais de vin, je me contrôle toujours.
- Un soignant : Mr.T. nous montre toujours combien il a peur de sa force.
- Mr.T. au leader : est-ce que vous me prendriez comme infirmier ?
- Mme G.. mais qu'un malade devienne infirmier, ce n'est pas possible.

- Un soignant : devenir infirmier, c'est une façon de rester toujours à l'hôpital.
- Mr.C. : Mr.M. (le directeur administratif de l'hôpital), il boîte.
- Mr.T. : C. veut dire que dehors il y a des gens plus malades que nous.
- Mr. Lo. : on ne comprend jamais ce qu'il veut dire C., pourquoi parles tu toujours comme ça ?
- Mr.C..: parce qu'on est au XXe siècle et qu'il y en a qui sont restés paysans.
- Mr.C..: c'est toujours un peu déformé, mais on comprend quelque chose.
- Mr.T..: moi je pense que je vais bientôt sortir et travailler à l'atelier de la rue de la glacière.
- Mr.C..: je trouve qu'il n'y a pas assez d'espaces verts à Paris !
- Mr.L..: chaque réunion me laisse insatisfait, on ne fait que gratter en surface.
- Mr.R..: on ne lutte pas assez.
- Leader: peut être a-t-on peur d'aller trop loin ?
- Mr.T..: pourquoi les médecins ne viennent-ils pas plus souvent voir ce que l'on fait à l'atelier ?
- Mr.Da.: vous êtes des peaux de vaches !
- Mlle B.: vous dites ça pour vous délivrer.
- Mme G.: Mr.Da. voudrait que l'infirmière s'occupe de lui plus que de son enfant.
- Mr.T..: ils sont gentils ici.
- Mr.L..: on a peur de quelque chose derrière la gentillesse.
- Mr.R. à Mr.Da. : voudrait que l'on soit agressif pour se justifier de l'être.
- Mr. De. moi ce que je veux c'est surtout que les femmes ne pleurent pas comme hier.

La crainte éprouvée par le psychotique devant sa propre agressivité, tel est le thème de cette réunion. Quelle soit projetée sur

un autre malade comme c'est le cas pour Mr.Da., ou évoquée directement comme le fait Mr.T. en demandant au leader s'il a peur de lui, elle est contenue par la force supposée des médecins. L'angoisse surgit si cette force est mise en question. Le problème est de savoir si le soignant a eu peur de Mr.G. si le leader a peur de Mr.T. Le psychotique est protégé de la relation fusionnelle avec le soignant par la radicale altérité de celui-ci, qu'il cherche à sauvegarder à tout prix : il est impossible qu'un malade devienne infirmier dit Mme G. Le discours délirant de Mr.C. se fait l'écho de cette préoccupation et peut être décodé et compris par les autres malades.

Dans la mesure où les rôles soignants soignés sont distribués de façon stable une agressivité superficielle et peu assumée peut émerger.

Mr.De.. en fin de réunion exprime le souhait général : qu'il y ait le moins de tensions possible.

°°°

Réunion n°3

- Un groupe de malades dont Mme R.. se plaignent violemment de ce que Jean (tout le monde l'appelle par son prénom) ait pris à plusieurs reprises du café préparé pour midi.
- Mr.Jean vient de chez lui en vélo, il a besoin d'un reconstituant.
- Leader : Jean n'est pas un vieillard, il a 25 ans.
- Un soignant : Jean a peut être besoin de se sentir chez lui.
- Mr.T.. : s'il n'y a pas de discipline ici, moi je m'en vais, je ne sers plus le café à midi, après je suis obligé de mettre de l'eau dedans pour que tout le monde en ait et il n'a plus aucun goût.
- Mme R.., violemment : demandez lui donc combien il en a pris ce matin !
il a mangé hier dans le plat de fromage blanc, je ne lui reproche pas d'être malpropre mais d'être égoïste, il nous considère tous comme des cochons.
- Un soignant reprend : comme des cochons !
- Mlle B. : il est malade, on ne peut pas lui en vouloir.
- Un soignant : il est malade, alors il n'est pas responsable !
- Jean esquisse un mouvement de départ.
- Leader : dans une collectivité normale Jean serait mis en quarantaine, c'est ce qu'il réaliserait en partant.
- Mlle P. : c'est un chic type.
- Mlle B. : ce n'est pas de sa faute, il n'a pas ses idées à lui.
- Mme R..: répondez, Jean !
- Jean se cramponne dans son silence.
- Mme R. moi à midi, c'est la cafetière que je lui enverrai à la tête.

- Mme Ro. : il m'a dit qu'il en a "marre" d'être ici.
- Leader : il propose un jeu psychodramatique pour verbaliser le comportement de Jean. Qui veut jouer Jean, tout le monde se défile. Si on ne fait qu'"engueuler" Jean, c'est recommencer sa vie habituelle et je ne crois pas que cela changera quoi que ce soit pour lui.
- Mme R..: moi je comprends ses parents !
- Mr. Da.: Jean parle très violemment quand les médecins ne sont pas là.
- Leader à Mrk Da.: vous voulez jouer le rôle de Jean, à ce moment là ?
- Mr. Da. refuse.
- Leader : que pense Jean de tout cela ?
- Mme Ro.: il s'en fiche !
- Leader : non je ne pense pas, regardez le! comment est-ce qu'on peut l'aider ?
- Mme R. : Jean ne veut pas qu'on l'aide, il veut rester comme cela.
- Mr. L. : il veut rester malade, c'est sa défense.
- Mr.Da. : vous représentez peut être ses parents.
- Mr.L. : la preuve c'est que le coup de poing qu'il a donné à G. vous était en fait destiné. (interprétation d'un acting-out donnée à une précédente réunion dans ce sens)
- Leader : mais je pense qu'il m'aime tout de même.
- Mme R. : oui moi aussi pourtant j'ai voulu un jour vous étrangler !
- Effarement de son amie Mme G.
- Jean : j'en ai "marre", tous les matins je viens ici, je n'ai pas de travail, mes parents m'obligent à venir.
- Mme R..: mais c'est vous, Jean, qui ne voulez pas travailler.
- Mlle B. : est-ce que Jean peut retravailler, guérir ?

- Mlle P.: s'il trouvait quelque chose, un travail qui lui plaise, il sortirait de sa dépression.
- Mr.L. : pourquoi n'est-il pas traité par le psychodrame ?
- à Jean, qu'en penses tu, est-ce que tu aimerais ?
- Jean : je ne suis pas doué, je ne pourrais pas.
- Un soignant à Mr.L. : vous trouvez qu'on ne soigne pas Jean comme il le faudrait ?
- Mr.L. : Jean se réfugie dans la maladie.
- Soignant : justement l'hôpital de jour pourrait l'aider à en sortir, mais Jean refuse souvent ce qu'on veut lui apporter.
- Mme R., Mr.Co. : il vient ici pour fuir sa maison , pour fuir les reproches de sa famille.
- Mr.L. : j'ai été surpris d'apprendre que Jean reste au lit le dimanche.
- Plusieurs malades posent alors des questions insistantes à Jean sur ce qu'il fait à l'extérieur.
- Jean : j'ai erré dans les rues, je suis allé à Mo...
- Seul ? vous n'avez pas d'amis ou de fille?
- Jean : je suis sans copains.
- et ici ?
- Jean : je trouve des copains ici, je ne suis pas habitué à voir du monde.
- Vous ne vous ennuyez pas tout seul ?
- Jean : seul, on ne s'ennuie pas, on pense.
- Mme R.: Jean nous en veut quand on lui fait des reproches.
- Mr. L.: j'ai remarqué qu'il envoie "promener" toujours les mêmes personnes.
- Mme G.: tout à l'heure, il m'a envoyée "promener".
- Mlle B. anxieuse, c'est fini dites docteur?
- Leader : alors personne ne veut jouer Jean que vous voyez depuis si longtemps devant vous !

- Mme R. : je ne suis ni comédienne, ni psychiatre, je ne peux pas jouer.
- Mr. Da. : veut parler d'autre chose.
- Mr. L. : non, moi je veux bien jouer Jean. On joue la scène du café entre Jean (Mr.L.) et Mme G. (jouée par un soignant).
- Le soignant dans le rôle de Mme G., très infantilisant : alors, mon petit Jean, vous avez encore pris du café ? vous ne pensez pas beaucoup aux autres.
- Mr.L. (Jean), violemment : ah, laissez moi ! J'en ai marre de toutes vos cochonneries avec les femmes.

Le jeu continue un peu dans ce sens.

- Mlle P. : c'est vrai c'est étonnant que Jean ne soit pas marié.

On joue ensuite un autre jeu psychodramatique, où la relation ambiguë de Jean avec les femmes est représentée : un mélange d'attirance et d'agressivité, pendant un moment à l'hôpital de jour il pinçait les seins et les fesses des femmes autour de lui.
- Mme G. : Jean n'emploie pas de mots grossiers.
- Mr.R. : il y a 36 façons de dire "merde".
- Mme G.: il ne m'a jamais manqué de respect.
- Mme R.: souvent je l'ai entendu dire tout seul:"toutes des salopes, des ordures".
- Mr.R. : il y a une grande part de timidité chez lui, pour parler en particulier.
- Mr.L. : Mr.O. est aussi très gêné pour parler.
- Mme G. à Jean : si une femme vous embrasse, vous aurez bien une réaction.
- Soignant, ironique : voilà une thérapeutique intéressante !
- Mme G. : il pourrait montrer la femme qu'il aime, mais fraternellement.
- Leader : en étant agressif, Jean veut montrer qu'on ne lui donne rien.

- Mr.R. : on fait des reproches à celui qui est sur la sellette. On lui tape dessus ou on le bichonne.
- Mme R. : moi aussi j'ai été "enquiquinante".
- Mr. R. : ou c'est bien ou c'est mal, quand on s'occupe de quelqu'un.
- Mr. L. : si on l'embêtait, il serait parti.
- Mr. R. : il a eu du courage.
- Mr. L. à Jean : est-ce que tu crois qu'on t'en veut ?
- Jean : je ne sais pas si on m'en veut.
- Mr.L.: ce qui m'exaspère, c'est qu'il ne fait pas d'efforts pour guérir.
Il faut qu'il puisse sortir la haine qu'il a en lui, les autres ne font rien pour lui, ce n'est pas étonnant qu'il soit agressif.
- Mr. Da.: il faut lui faire des avances, il a besoin d'être aimé.
- Mr.R. : c'est la même chose que pour Jacques : timidité et agressivité.

Réunion assez typique illustrant le "réinvestissement" d'un malade rejeté par le groupe. Jean est un psychotique grave qui n'a pratiquement aucun contact avec autrui sur un mode verbal, il passe son temps à déambuler de long en large en soliloquant, il est déjà très rejeté par ses parents qui ont en particulier demandé au médecin de lui faire une "piqûre" pour le supprimer, et ses conduites antisociales comme on le voit ici tendent à le faire exclure du groupe des malades.

Au cours de la réunion l'agressivité indifférenciée tend à faire place à un intérêt authentique qui lui permet un peu de s'exprimer. En particulier on reprend toute l'agressivité de Jean verbalisée en dehors de la réunion et une meilleure compréhension

de son comportement est rendue possible.

Notons ici l'intérêt des techniques psychodramatiques pour les malades qui verbalisent peu spontanément. Ce centrage de la réunion sur un malade est cependant souvent vécu comme une attaque contre lui, ainsi qu'en témoignent ici le mouvement de culpabilité de la fin et les tentatives de réassurance, où chacun cherche à se faire confirmer que Jean ne "leur en veut" pas.

°°°

Réunion n°4

Au début de la réunion, une infirmière qui vient d'arriver dans l'équipe est invitée à se présenter. Elle parle d'elle, des raisons qui l'ont amenée à Soisy.

- M. Da. : Quelles études avez-vous faites ? Quelles méthodes avez-vous apprises ?
- L'infirmière évoque sa formation, son travail antérieur.
- Trois visiteurs se présentent ensuite : deux jeunes étudiants en psychologie et une assistante sociale suédoise.
- M.L.. demande aux étudiants ce qui les a poussés à entreprendre ces études.
- M. Da. : ils sont poussés par l'étude de l'homme.
- Chacun des deux étudiants répond alors : ils s'intéressent surtout à la psychologie infantile.
- Le leader : cette question vous voudriez la poser aux médecins et aux infirmières.
- M.R. : il faut de tout pour faire un monde.
- Mme R.: c'est une question d'argent et d'intérêt.
- Un soignant : le psychiatre peut exercer facilement l'autorité et cela peut contribuer à certaines "vocations".
- Mme R.. n'est pas d'accord sur ce lien entre les médecins et l'autorité.
- M.L.: vous ne voudriez pas que ça soit comme ça.
- Mme Ro.: vous êtes tout de même content quand le malade a confiance en vous.
- Mme R.: ce n'est pas votre cas à vous, mais le Dr.B. n'est pas bien, toutes ces malades le disent.

- Un soignant : C'est le cas de Mme G. surtout (c'est l'amie de Mme R., absente ce jour-là).
- Mme Go. s'inquiète, le Dr.B. est son médecin.
- Leader : évoque la gêne qu'il éprouve à la mise en cause d'un collègue absent mais "Je peux vous dire que tous les médecins passent par une phase où, aux yeux du malade ils sont les plus mauvais médecins de la terre".
- Mlle B. : Et le Dr. P. ? (son médecin) est-ce qu'il est bien ?
- M. Da. : Moi, je voudrais dire que ça ne m'arrange pas du tout que l'on parte à 5 h 30 au lieu de 5 h car je ne peux pas suivre mes cours.

Il raconte ensuite un rêve qu'il vient de faire : "On emmène les malades de l'hôpital de jour en promenade dans un car, aux bords d'un ravin, les infirmiers et les moniteurs jettent les malades dans le ravin. Ils se réjouissent des jambes cassées, des contusions et disent :"maintenant vous êtes des vrais malades".
- M.L. raconte alors un autre rêve : les malades sont dans un camion à bestiaux on les fait descendre dans une plaine et on les mitraille.
- Leader : à une demande d'interprétation, évoque le désir des malades d'être tyrannisés par le médecin, vécu comme tout-puissant.
- Quelques malades s'inquiètent de l'aspect morbide des rêves.
- Mlle Bo. à M.L. : tu tiens à la vie ?
- M.L. : Oui, à la vie, mais pas à ma vie.
- M.Da. (avec un sourire) : ce n'est pas normal qu'on soit si gentil avec nous à l'hôpital de jour, la méchanceté est en fait cachée derrière la gentillesse. C'est comme cela que je comprends le sens des rêves.

- Leader à M. Da : c'est toujours avec le sourire que vous dites des choses méchantes, de façon à ce qu'on ne vous en veuille pas.
- Mme R. parle du Dr. Petiot qui prenait du plaisir à faire brûler des juifs.
- M.L. : tout le monde est sadique.
- Mme R. : Oui, mais le Dr. Petiot était fou, ce n'était pas sa faute.
- Un soignant : De plus en plus on fait un examen psychiatrique aux criminels.
- M. Da : Quand quelqu'un meurt, surtout si c'est dans mon village, je suis content.
- M.L. : La mort de Martine Carol m'a fait plaisir, c'était de ma part de la jalousie et quelque chose de plus.
- Leader : Je me demande ce que les visiteurs vont penser de tout ce qu'ils entendent.
- L'assistance sociale de Suède : Dans nos réunions, on parle des mêmes problèmes.
On évoque alors un épisode où le Leader s'est mis en colère contre une malade qui venait sans cesse le déranger dans son bureau.
- M. L. : Pour moi, c'est plutôt rassurant: ça montre un côte humain chez lui, en soulignant ses limites.
- Mme R. : ce n'est pas bien qu'un médecin perde patience.
- M.R. : On a peur quand le Leader est là, et quand il n'est pas là, il manque.
- Mme R. : Il faut qu'ils soient là tous les deux (les deux médecins).
- M. Da : C'est un peu comme le père et la mère.
- Un soignant : Qui est le père, qui est la mère ?
- M. Da.: ça change.
- Mme R. : mais alors, vous voulez être comme un enfant, et souvent vous dites le contraire.
- M.Da : c'est vrai, j'ai envie et pas envie à la fois.

Après s'être demandé quel est le désir du médecin, on évoque le plaisir sadique qu'il pourrait avoir dans la relation au malade. Les rêves qui représentent souvent le désir du groupe traitent du plaisir éprouvé de part et d'autre dans une telle relation. Le symptôme permet pour l'un et l'autre de se protéger d'une angoisse dans la rencontre de l'autre.

Une certaine agressivité peut se manifester contre le médecin, à deux conditions dans cette réunion, que le médecin manifeste ses limites (il perd patience), qu'il existe un transfert positif, qui se manifeste à la fin de la réunion. Elle trouve ses limites dans la confrontation à la "réalité" : les visiteurs qui assistent.

-:-

ETUDE THEORIQUE

-:-

Cette élaboration théorique a été faite secondairement, la pratique a ici précédé la théorie. Elle a cependant été déterminée par de nombreux facteurs que nous avons évoqués : la prise en charge d'un secteur, la formation analytique des médecins, enfin la distance prise à l'égard de l'hôpital psychiatrique traditionnel, avec l'absence de contrainte aussi complète que possible et l'absence de club intra-hospitalier.

Ainsi déterminée notre expérience apparaît comme très particulière, aussi ne veut-elle pas avoir de valeur universelle.

Pour la présentation de cette théorie des réunions nous confronterons successivement le psychotique et le psychiatre dans leur rapport avec l'agir et la verbalisation.

Le problème de l'agir occupe en effet une place importante et assez caractéristique dans le traitement des psychotiques hospitalisés. Par agir nous voulons désigner non seulement le passage à l'acte du psychotique mais aussi le passage à l'acte du psychiatre concrétisé par une mesure d'internement ou un traitement biologique imposé. Dans ce climat d'interactions quotidiennes, la réunion se propose un double but : d'une part sécuriser la vie quotidienne, d'autre part sensibiliser à la psychothérapie indi-

viduelle et avoir un rôle thérapeutique propre. Cette sécurisation est rendue possible par la fréquence des réunions qui permet de les constituer en un lieu de référence et de mise en commun des problèmes des soignés et des soignants. La réunion est plus spécifiquement thérapeutique dans la mesure où dans ce climat de sécurité le malade peut rechercher des solutions plus adaptées à ses conflits.

La psychose

Nous préciserons plusieurs notions, en particulier psychanalytiques qui sont utiles pour conceptualiser notre pratique. Dans la psychose, dit-on souvent l'inconscient apparaît à ciel ouvert. Le délire, par exemple, au même titre que le rêve présente, comme le pressentait déjà LEURET, une signification cachée qu'il nous appartient de décoder. Dans cette voie la psychanalyse en découvrant les mécanismes inconscients à l'oeuvre dans les symptômes névrotiques a apporté de précieux renseignements.

L'énergie psychique postulée par FREUD circule librement au niveau de l'inconscient. Elle investit des représentations successives selon les mécanismes de la condensation (une représentation unique porte plusieurs significations) et du déplacement (une représentation souvent insignifiante prend la place d'une autre plus chargée d'affect). Cette énergie libre tend à se décharger de façon totale, immédiate par les voies les plus courtes, elle produit une image hallucinatoire de l'objet pour satisfaire le désir. Le terme de processus primaire s'attache à ce mode de fonctionnement. Il s'oppose au processus secondaire qui définit le mode de fonctionnement du système préconscient-cons-

cient. L'énergie au contraire y apparaît liée en particulier dans les processus de pensée, c'est-à-dire que son écoulement est inhibé pour permettre le déplacement de petites quantités d'énergie. Le moi a précisément ce rôle d'inhibition des processus primaires et d'adaptation à la réalité. "Les processus primaires sont donnés dès le début, alors que les processus secondaires se forment peu à peu au cours de la vie, entravent les processus primaires, les recouvrent et n'établissent peut-être sur eux leur entière domination qu'au point culminant de notre vie" (FREUD 8).

Les processus secondaires sont investis de façon fragile chez le psychotique, ils peuvent se trouver débordés par une frustration intense. Celle-ci entraîne une angoisse importante résolue soit par un passage à l'acte, soit par une émergence délirante. Si cette solution permet un aménagement de l'angoisse, elle n'est nullement adaptée et ne modifie pas la réalité qui entrave l'accomplissement du désir. Le passage à l'acte, qui libère une grande quantité d'énergie, est souvent auto- ou hétéro-agressif, allant jusqu'au meurtre ou au suicide. La solution délirante marque alors un progrès, son équivalent chez le névrosé ou le sujet normal peut se trouver au niveau d'une activité fantasmatique compensatoire, le désir y trouve une réalisation symbolique. Dans son opacité elle est à la fois une tentative de communication et une mise à distance de l'autre. Il s'agit d'un processus de défense du moi, il utilise en particulier le mécanisme plus général de la projection.

A propos du cas du Président Schreber Freud en donne la définition suivante (9) :

" une perception interne est réprimée et en son lieu et place son contenu, après avoir subi une certaine déformation, parvient au conscient sous forme de perception venant de l'extérieur". C'est un mécanisme non spécifique de la psychose et on le retrouve par exemple dans les groupes dans la constitution du bouc émissaire, porteur des sentiments que les individus ne veulent pas se reconnaître. Le psychotique agit souvent de cette façon avec ses propres sentiments agressifs, en les localisant chez l'autre, il l'élève au rang de persécuteur ce qui en retour justifie son agressivité. De tels circuits agressifs persécutifs se perpétuent souvent en devenant auto-entretenus par un passage de l'imaginaire au réel. Le comportement du persécuteur finit par le devenir authentiquement.

Un climat particulièrement angoissant se constitue ainsi pour les deux partenaires de cet échange, et dans une institution d les soignants en sont souvent l'un des pôles où se cristallisent des projections et des sentiments transférentiels intenses. Dans ce cadre d'indistinction du réel et de l'imaginaire, l'organisation délirante reconstruit le monde primitivement désinvesti : "L'univers subjectif du malade a pris fin depuis qu'il lui a retiré son amour" FREUD (9). NACHT et RACAMIER (13) décrivent ainsi le monde du psychotique après ce désinvestissement : "Du monde et de soi même, il ne percevra que des ombres dénuées de vérité et de présence immédiate, ambiguë et comme flottante". Plus loin ils décrivent ainsi la relation du prépsychotique avec l'autre (cette description nous semble parfaitement s'appliquer à la relation du psychotique avec autrui, en particulier celle que le thérapeute perçoit, quand il en est l'objet) :

"Il est pour son objet d'élection d'une exigence insondablement avide. Il attend qu'il soit parfait dans la toute puissance, la "bonté" et la proximité ... Mais notre sujet ne laisse pas de redouter hautement ce rapprochement avec autrui. C'est que n'ayant pu dépasser le stade des relations préobjectales, il ne peut éprouver le contact intime autrement que comme un engloutissement mutuel". Une autre notion importante est celle de la "désintrication pulsionnelle" qui est proche de la notion d'ambivalence décrite par la clinique classique. La relation du psychotique avec son objet dissocie l'amour et la haine. Amour destructeur ou haine dévorante , la mort et la destruction des deux partenaires est toujours à l'horizon.

La notion de projection, non spécifique de la psychose, rappelons-le s'individualise dans celle-ci par "la qualité d'authenticité subjective absolue qu'elle confère aux faits dont elle s'empare" (NACHT et RACAMIER 13), elle nous amène à préciser le rapport à la réalité du psychotique. Nous nous limiterons là à des notions schématiques mais indispensables. Le désinvestissement de la réalité ainsi que la recherche d'une satisfaction hallucinatoire du désir a déjà été évoqué ; dans la mesure où de cette façon la satisfaction escomptée ne se produit pas, la réalité apparaît comme frustrante. C'est ainsi que Mélanie KLEIN explique chez le nourrisson la constitution d'"un mauvais sein". Le monde devint par la suite clivé en "bons et mauvais objets" et ce clivage se retrouve chez le psychotique. Celui-ci scinde volontiers son entourage en deux camps violemment opposés (STANTON et SCHWARTZ(19), nous avons retrouvé ce

phénomène pour notre malade Sophie, précédemment évoquée. On retrouve là également le fait fondamental de l'actualisation des conflits dans la relation analytique ; le problème pour l'entourage étant de tolérer cette actualisation, de prendre le recul nécessaire pour se déprendre, pourrions nous dire, de cette relation et enfin comme nous le verrons d'en renvoyer l'image au malade.

Mélanie KLEIN poursuit en ajoutant que le sein bon et gratificateur intériorisé "contrecarre les processus de clivage et de dispersion (il) appuie la cohésion et l'intégration, c'est un instrument dans la construction du moi" (*).

Cette intériorisation du bon objet nous semble intéressante pour poser les problèmes de l'identification au thérapeute et l'intériorisation de la relation avec lui.

Pour le malade et pour son médecin l'hospitalisation à temps complet est un recours ultime, elle présente souvent le caractère dramatique d'une réponse à un appel au secours, dans le cadre d'un débordement massif des mécanismes de défense, sinon il existe le plus souvent un désarroi et une angoisse considérable. Il s'agit là d'une situation "chaude", qui apparaît d'emblée mobilisable. Son caractère transitoire voulu par les médecins peut ainsi être effectif dans la grande majorité des cas.

L'hospitalisation à temps partiel se présente dans des conditions bien différentes.

(*) Notes sur quelques mécanismes schizoïdes dans développement de la psychanalyse. P.U.F. 1966.

S'il s'agit également d'un échec des processus d'adaptation du sujet à la réalité, la solution qui y est trouvée apparaît comme un compromis, qui situe le sujet dans une pseudo-normalité. Le malade vient à l'hôpital, comme les autres vont à leur travail, il bénéfice d'une sorte de statut social qui le situe entre le normal et le pathologique comme le serait un invalide ou un pensionné de guerre. Ce statut qui consacre un manque en donnant une identité, est utilisé à l'extérieur par le malade pour se justifier de ne pas pouvoir faire face aux difficultés, de ne pas travailler, à l'intérieur de l'hôpital de jour pour protester contre cette blessure infâmante infligée par la société, qui l'empêche d'y trouver sa place.

Certes ce type d'hospitalisation exige du malade des qualités positives, il doit venir de lui-même tous les jours, il doit être capable de maîtriser et d'aménager ses relations sociales. Mais ces éléments positifs s'accompagnent le plus souvent , non seulement de l'absence de demande de soins ou de désir de changement, mais au contraire d'une grande inertie et d'une résistance active à toute tentative dans ce sens.

Finalement on peut dire que le psychotique ne veut pas guérir. Le plus souvent, quand il vient à l'hôpital de jour, il a trouvé une solution d'équilibre qui lui occasionne le minimum de souffrance. L'hôpital lui octroie en plus toute une série de bénéfices liés à son état de malade. Il s'y trouve en situation de consommateur passif, il reçoit de la même façon médicaments, soins, nourriture, distractions, indemnités de la sécurité sociale ou parole des soignants. "Tu causes, tu causes ..." pourrait-il dire,

pour reprendre la parole d'une jeune héroïne célèbre, en laissant s'installer un jeu où sa propre toute puissance se dresse contre la toute puissance projetée du psychiatre, mais ce jeu est truqué dans la mesure où il sait que quel que soit son comportement le psychiatre ne pourra pas le rejeter et devra continuer à le soigner. En raison de ces deux éléments, qui sont d'ailleurs liés, un contrat entre le psychotique et le thérapeute ne peut pas être établi, du moins sous la forme du contrat établi lors de la psychothérapie d'un névrosé.

En effet cette notion d'absence de demande du psychotique demande à être nuancée. Des problèmes très semblables se sont posés avec la négation de la possibilité d'un transfert chez le psychotique. On sait en effet que c'est le caractère massif de celui-ci qui avait fait douter de son existence. De façon analogue le psychotique demande tout à l'autre, mais il n'exprime pas cette demande pour ne pas avoir une relation fusionnelle et destructrice avec lui. Au lieu de lui être adressée, elle passe dans le soliloque dans le délire ou le passage à l'acte, et c'est précisément le rôle des réunions que de "récupérer" cette demande, de fournir une médiation qui permette au malade de l'assumer sans trop d'angoisse. Le problème est alors de savoir comment son expression peut s'accomoder avec l'agir du psychiatre.

L'agir du psychiatre

Si dans la cure type, le psychanalyste est neutre et passif, le psychiatre au contraire doit agir activement dans ses rapports avec

le psychotique. Ceci pour une double raison: parce qu'il est l'agent de la société et à cause de la structure propre du psychotique.

Qu'il l'accepte ou non, la société demande au psychiatre de jouer un rôle précis. En premier lieu il doit protéger la société du danger que représentent les fous. C'est là le rôle primordial, la thérapeutique ne vient qu'après. Et là, la notion même de thérapeutique est vue de façon très différente par le psychiatre et par la société. Par l'intermédiaire de la sécurité sociale, la société paye les soins des malades mentaux, elle attend que ceux-ci soient renvoyés le plus tôt possible dans le circuit de la production. Le prix payé par le malade lui importe peu, qu'il s'agisse d'une angoisse importante ou le plus souvent d'une vie sociale misérable, d'un appauvrissement important des possibilités et de la personnalité du sujet. Des études comme celles de Le GUILLANT (4) ou de TRILLAT (20) le montrent en précisant le mode d'existence des malades mentaux sortis et "réadaptés". Le psychiatre cherche également à faire sortir les malades afin d'éviter le surencombrement de son service qui le rend inutilisable, pour des raisons humanitaires dans la mesure où il supporte mal le rôle carcéral que la société donne à l'hôpital psychiatrique. Mais la réadaptation à tout prix s'oppose à une véritable psychothérapie qui veut ne rien sacrifier du sujet. Derrière cette opposition tranchée, des problèmes théoriques et idéologiques importants se profilent. Le psychiatre se trouve situé entre les pulsions plus ou moins libérées du malade et la répression exigée par la société. De sa place il ne peut pas changer celle-ci, d'autant qu'il en fait partie, mais il ne doit sans doute pas accep-

ter inconditionnellement toutes ses exigences : en effet toute vie en société ne peut se faire qu'au prix d'une limitation des instincts, mais la répression et la "sur-répression" sociale, telle que MARCUSE (11) la définit tend à supprimer complètement le bonheur individuel, le but de la thérapeutique psychanalytique serait alors de "soigner l'individu de manière qu'il puisse continuer à fonctionner comme partie d'une civilisation malade sans capituler complètement devant elle" (11). Dans cette optique des théories contradictoires se sont développées au sujet de la notion même de maladie mentale : la psychiatrie américaine d'inspiration culturaliste la définit comme un trouble de l'adaptation, des auteurs tels R.D. LAING en nient l'existence à un niveau individuel.

La prise en charge des besoins psychiatriques d'un secteur amène nécessairement à se poser de tels problèmes. Le fait que le XIIIe soit le lieu d'une expérience inspirée et créée par des médecins, amène à ce que ceux-ci lui donnent une valeur d'exemple et tiennent particulièrement à la démonstration de ses possibilités. En particulier il s'agit, d'une certaine façon de montrer qu'un dispositif de soins centré sur l'extra-hospitalier est capable de répondre à tous les besoins psychiatriques du secteur. De la sorte le psychiatre se rend très dépendant des besoins de la société, il tend à supprimer et à prendre la place de la police dans le placement des malades, il réduit au maximum le temps d'hospitalisation. Notre propos n'est pas de critiquer un tel état de chose mais de souligner qu'il place le psychiatre dans le domaine de l'agir. Par ailleurs de cette volonté du psychiatre de

tout assumer découle la structure hiérarchisée de l'équipe. On tend de cette façon à donner un répondant réel à la mégalomanie projetée du psychotique. En fait la structure même du psychotique impose un certain type de présence active, dont la plupart des auteurs s'accordent à souligner la nécessité. La littérature à ce sujet est très abondante, en particulier outre-Atlantique. SACKS et BERGER (18) soulignent que beaucoup de techniques psychothérapiques applicables à des groupes de névrosés ou même à des groupes de schizophrènes "ambulatoires" ou de schizophrènes en période de rémission ne sont pas applicables au traitement de schizophrènes chroniques (il s'agit d'une étude de groupes de schizophrènes, mais l'on sait que la thérapie analytique individuelle exige des modifications techniques qui vont dans le sens de l'activité, qu'il s'agisse de SECHEHAYE, FROMM-REICHMANN ou à la limite ROSEN). Pour SACKS et BERGER "établir un contact avec le patient (chronique) demande un rôle très actif de la part du thérapeute, le contact ne peut être établi par une attitude passive-permissive aussi bien intentionnée soit-elle". De même WHITEHORN et BETZ (21) ont pratiqué une série d'études où ils cherchent à apprécier de façon aussi scientifique que possible le "style" thérapeutique et la personnalité d'un certain nombre de psychiatres qui ont (WOODBURY (22)) décrit l'installation des "dictatrices folles" dans une atmosphère trop permissive. Comme le dit RACAMIER (17), la faiblesse du surmoi du psychotique exige la structuration de l'institution par des règles claires.

A l'hôpital de jour, des problèmes analogues nous ont été posés, certes la vie quotidienne est faite d'interactions permanentes

surtout avec les soignants non médecin, mais celui-ci reste toujours présent. Il agit en effet à plusieurs niveaux, immédiatement il peut être amené à répondre à l'agir du psychotique par un contre-agir : injection médicamenteuse ou isolement à l'infirmerie, il a de plus un rôle différent pour chaque malade, qu'il peut suivre par ailleurs au dispensaire, en psychothérapie ou dans une équipe de psychodrame, ce qui met d'emblée sa "neutralité" en question. Mais surtout son personnage et son image sont chargés d'un poids extraordinaire ; nous avons vu à l'extérieur sa situation vis-à-vis de la demande sociale, il reste pour le malade le maître de son entrée et de sa sortie, mais le bain psychanalytique où se trouve placée l'institution, ajoute à son personnage une auréole prestigieuse, pour les autres soignants surtout et par contre-coup pour les malades. Le savoir conditionne le pouvoir et le niveau de responsabilité ; ceci favorise les défenses des autres soignants à un double niveau : ils se protègent de la rencontre angoissante avec l'autre par leur propre technique d'une part (ergothérapie ou soins infirmiers), par le "projet thérapeutique" d'autre part qui maintient l'existence de la parole du médecin dans la relation soignant-soigné. La relation tend donc à se figer entre un soignant, agent de liaison et un malade qui n'a plus qu'à répondre à l'image réussie, à améliorer un grand nombre de schizophrènes et comparent ces caractéristiques avec celles des psychiatres dont la plupart des schizophrènes n'ont pas été améliorés. Ils concluent que "les techniques de passivité et de permissivité ou les efforts pour développer l'"insight" par l'interprétation apparaissent comme ayant beaucoup moins de valeur thérapeutique que la possibilité d'une

approche des problèmes du patient dans une voie personnelle, d'obtenir une relation confiante et de participer d'une façon personnelle et active dans la réorientation du patient vers des relations personnelles". Cette façon d'agir personnelle et active se traduit dans le fait que "le médecin dans ses rapports avec le schizophrène, manifeste de l'initiative dans une investigation empreinte de sympathie, il exprime honnêtement son désaccord quand il existe, il est parfois amené à critiquer les attitudes auto-dépréciatives du patient, il place des limites réalites à ce qu'il peut tolérer dans le comportement du patient et il évite d'être pris de façon permissive, pour ainsi dire, dans les comportements obsessionnels-compulsifs du patient de contrôle et de manipulation. Ces caractéristiques sont reconnaissables comme des manifestations d'une attitude d'indépendance, de respect et de sympathie de la part du médecin, envers le patient, combiné avec l'attente que le patient ait aussi des possibilités pour une action indépendante et empreinte de respect". Citons également FRANK qui au terme d'une étude comparative de deux groupes de schizophrènes, l'un bénéficiant d'une psychothérapie de groupe, l'autre non, note que les meilleurs médecins en thérapie de groupe sont "ceux qui acceptent, supportent et structurent clairement la situation, qui sont énergiques, les pires ceux qui sont inconsistants, vacillent et n'assument pas leur rôle de leader". Dans une optique différente symptomatique ainsi transmise. La réunion a précisément pour but de permettre la verbalisation de l'angoisse et des sentiments vécus de part et d'autre c'est ce que nous verrons plus loin, auparavant il nous faut montrer comment l'agir du médecin structure la réunion.

Isolons au départ le problème de l'assistance à la réunion, il est certain que celle-ci est libre au même titre et de façon aussi ambiguë que le reste du traitement, en effet si l'on ne prend pas son traitement ou si l'on n'assiste pas à la réunion on s'expose à une série d'interventions de la part de l'équipe soignante qui tendent à créer pour le malade une situation très inconfortable: pour avoir la paix il vaut mieux suivre la règle commune. Dans la réunion plusieurs situations nécessitent une intervention active

- soit il ne se passe rien, ou des conversations banales qui concernent les couches de sociabilité les plus superficielles, dans un désir de normalisation du groupe.

- soit une angoisse psychotique de nature projective se propage en nappe bientôt partagée par les soignants. Des phénomènes de contagion émotive peuvent ainsi avoir lieu lors d'événements importants, on a vu par exemple lors de la mort d'une malade une vague d'auto-accusation quasi-délirante qui n'épargnait pas les soignants.

- soit l'extériorisation d'un malade particulièrement perturbé, délirant ou agité, vis-à-vis duquel le groupe tend spontanément à répondre par la peur, le rejet ou l'agression.

Dans tous ces cas le problème fondamental est de savoir si le groupe est capable ou non de tolérer l'angoisse ainsi déterminée.

Une telle angoisse peut être résolue de plusieurs façons. Ou bien elle l'est par le groupe des malades, de manière satisfaisante en répondant au désir sous-jacent, réalisant ainsi ce qu'on a pu appeler une expérience émotionnelle correctrice, de manière moins

satisfaisante en dérivant la tension émotionnelle sur un sujet moins dangereux, en niant tout désir inconscient. Ou bien elle entraîne au contraire une déstructuration du groupe, marquée par un passage à l'acte ou une fuite. Ou bien encore c'est l'activité des soignants ou plus particulièrement du leader qui interrompt ce processus déstructurant, dans la mesure où l'angoisse est jugée intolérable pour le groupe tout entier, y compris les soignants. Plusieurs formes peuvent être données à cette intervention : malade placé hors du groupe et confié à une infirmière, intellectualisation des tensions émotionnelles, centrage du groupe sur un problème particulier, sur un malade. Mais cette solution, non seulement bloque toute possibilité d'accès à une "expérience émotionnelle correctrice", mais établit de plus un climat de dépendance du groupe des malades aux groupes des soignants et en particulier au leader.

Cette dépendance est encore renforcée par un autre aspect de l'activité du médecin dans le groupe, l'aspect didactique. Il répond à une demande des malades et nous a semblé nécessaire au début de la vie du groupe pour structurer un transfert de groupe positif. Un rôle de démystification nous semblait également très important pour tout ce qui a trait à la maladie mentale. Les thèmes les plus différents étaient abordés dans ces réunions, les médicaments psychotropes, l'angoisse, les rêves, le délire par exemple, mais aussi la contraception, la religion ou l'habitude de fumer. Ce type de réunion se rapproche des réunions faites à partir d'une lecture de textes telles que les pratiquent KLAPMAN (10) ou BATTEGAY (2). Elles s'opposent à des réunions non directives, mais la plupart des auteurs souligne la

nécessité au début d'un groupe de répondre aux besoins de ses membres afin d'assurer sa cohésion.

Il s'agit là d'une activité intermédiaire entre l'agir et la verbalisation que nous allons étudier maintenant.

La verbalisation des soignants

Deux types d'interventions nous paraissent devoir être isolés : le "feedback" et l'interprétation.

Le feedback peut être défini par la communication en retour des sentiments éprouvés devant ce que fait ou dit quelqu'un. Le modèle peut en être : "quand vous faites ou dites ceci, je ressens cela ..." Cette communication peut être non verbale et s'exprimer par un geste de dégoût, une attitude d'écoute intense ou au contraire d'ennui. Verbal ou non verbal, implicite ou explicite la réponse de l'autre donne au patient certaines informations sur la façon dont les autres réagissent à lui. Le feedback est a priori toujours une réaction vraie. Plus particulièrement avec des psychotiques il est difficile de simuler un sentiment que l'on ne ressent pas, il peut par contre être utile de ne pas cacher ou d'exagérer un sentiment authentiquement ressenti. Comme RACAMIER le souligne, avec les psychotiques c'est souvent plus que le contenu, la façon de l'exprimer qui compte. Dans cet esprit il manie des "colères thérapeutiques". Le feedback peut n'exprimer qu'une réaction individuelle, mais dans le groupe peut être verbalisée toute une gamme de sentiments différents en réponse à un seul malade. WOODBURY (22) introduit, pour dési-

gner ceci le terme de "feedback polyvalent" qu'il considère comme l'instrument le plus "antischizoïde" en notre possession. Nous verrons plus loin comment effectivement ce type d'intervention peut être thérapeutique, par la réalisation d'une "expérience de réalité".

Pour les soignants, la communication des sentiments éprouvés a certainement un rôle cathartique. Elle permet parfois de soulager des tensions émotionnelles autrement intolérables, de faire assumer à l'ensemble de l'équipe et du groupe le poids d'une relation individuelle difficile. Mais de grandes résistances s'opposent à une telle communication, il faut dépasser la crainte du jugement des autres, assumer des sentiments aussi opposés que l'agressivité, l'estime, l'irritation, le dégoût. Plus facilement et plus fréquemment passent des sentiments qui s'expriment sous le couvert de l'intérêt thérapeutique ou la recherche du "bien du malade". Ainsi on pourra dire que l'on ne tolère pas certains comportements auto-destructeurs, ou que l'on est préoccupé par l'évolution de tel ou tel malade. A ce niveau ce qui se profile est la recherche pour le soignant d'une réassurance quant à son identité et à son rôle. Un sentiment est une plate-forme irréfutable à partir de laquelle on peut atteindre l'autre sans danger. Mais il faut souligner l'importance en tant qu'exemple de la possibilité manifestée dans le feedback des soignants de la verbalisation de l'agressivité sans qu'elle soit dangereuse. Dans la mesure où chez les soignants à priori l'amour et la tolérance l'emporte sur les sentiments agressifs, un climat d'authentique sympathie peut accueillir la parole de l'autre.

Par ailleurs, comme nous l'avons montré le feedback joue un grand rôle dans l'équilibre émotionnel des soignants, et il semble, comme certains thérapeutes de psychotiques se plaisent à le dire, que ce qui est bon pour les soignants, est bon pour les malades. Certaines relations manifestement sado-masochistes entre schizophrène et thérapeute seraient là pour le prouver, si l'impossibilité de répondre aux exigences sans limites des psychotiques ne nécessitait pas que les thérapeutes montrent clairement leurs propres limites.

Les soignants donnent rarement des interprétations proprement dites, en tout cas elles restent toujours superficielles et jamais anamnestiques. Elles concernent bien évidemment un matériel visible par tous et fourni dans le déroulement des séances. Toute interprétation est blessante dans son principe, à plus forte raison lorsqu'elle est émise par le leader, elle est alors vécue comme une critique ou une condamnation publique. L'interprétation ou plutôt le décodage d'une solution délirante peut ainsi "coincer" le malade qui ne voit alors d'autre solution que la fuite. De même l'interprétation des comportements, de certaines conduites répétitives peut prendre l'aspect d'une "analyse sauvage". On peut ainsi néanmoins établir dans la réunion une trame signifiante où le sens de certaines solutions pathologiques apparaît évident pour tous ce qui en rend l'usage plus difficile et peut amener le malade dans le climat de sécurité du groupe à rechercher d'autres solutions plus adaptées.

Dans cette même ligne nous avons été amené à utiliser le jeu psychodramatique dans le cours même de la réunion qui permet une mobilisation affective importante avec un recul

introduit par le fait même qu'il s'agisse d'un jeu. Il s'agit souvent de la reprise d'un événement rapporté à la réunion et dont la signification profonde semble ainsi pouvoir être éclairée. On peut ainsi exprimer les sentiments d'un malade qui verbalise peu en jouant son rôle ou par la technique morénienne du double. Les malades reculent souvent devant la proposition qui leur est faite de jouer devant le groupe avec un mélange de crainte et de fascination. Par ailleurs l'assistance toute entière participe au jeu, mais ce que nous voulons souligner ici est la difficulté pour le leader de jouer et d'interpréter ce qui s'est passé à la fois. Il est bien préférable que le leader ne joue pas et reste du côté de la réalité.

Plus généralement les soignants peuvent ramener à la réunion un événement quelconque de la vie quotidienne, qui peut être mis en rapport alors avec la situation de la réunion et analysé comme un "acting-out", avec les sentiments qui accompagnent ce récit, de trahison ou au contraire de soulagement général à la suite d'un événement qui a angoissé tout le monde mais dont personne n'ose parler. Ceci peut se faire grâce à la fréquence des réunions qui cristallisent le vécu quotidien, permettent de voir un déroulement du matériel. Par contre les soignants peuvent refuser d'assumer d'autres problèmes, d'organisation par exemple et les renvoyer au groupe des soignés.

Le processus thérapeutique

Ce qui nous semble essentiel dans ce groupe pour la thérapeutique est la possibilité d'une "expérience de réalité".

Celle-ci se produit quand le malade peut exprimer des sentiments, des désirs, qu'il avait jusque là déguisés, supprimés ou ignorés sans s'exposer aux conséquences désastreuses qu'il craignait. Expérimenter que ses peurs inconscientes sont sans fondements nous semble être l'élément essentiel de l'expérience thérapeutique du psychotique. Devant la confusion du réel et de l'imaginaire chez lui, le feedback constitue une réalité directement appréhendée. Plus celui-ci est explicite, moins il pourra être contesté. Il pourra ainsi se rendre compte que la catastrophe qu'il attendait ne se produit pas, lorsqu'il exprime son amour ou son agressivité. Le climat de sécurité du groupe lui permet d'utiliser un mode de communication différent : le feedback en particulier ; d'autre part il perçoit rapidement que s'il est attaqué par certains beaucoup d'autres prennent sa défense. Le climat de groupe est en effet souvent tel que les tensions sont rapidement étouffées et qu'en général les sentiments positifs sont souvent plus forts. A ce niveau les soignants qui sont en fait les premiers à être angoissés quand un malade est mis gravement en cause tendent à réparer les blessures narcissiques subies. Le plus souvent c'est ainsi leur intérêt pour un malade oublié par les autres sinon rejeté qui tend à créer des liens nouveaux autour de lui. On peut éviter le rejet agressif d'un malade perturbé en décodant le sens de son comportement, en faisant percevoir l'appel ou l'angoisse déguisée que l'on peut permettre au groupe de "réinvestir" ce malade et à lui, parfois, de verbaliser son agi. Ce type de décodage, à l'origine de la réintégration d'un malade déviant, n'est d'ailleurs pas l'apanage des soignants. Rapidement il devient possible pour le groupe entier de manier le feedback ou l'interprétation,

si ainsi le groupe peut devenir le représentant du bon sens, disant par exemple à un malade : "tu ne peux pas encore sortir, tu n'es pas assez bien pour cela", souvent il utilise l'interprétation comme une arme pour critiquer ou dévaloriser l'objet de ses attaques.

De façon plus générale on peut dire que le malade tire un profit du groupe, quand il y obtient une information sur lui. Aussi la verbalisation en elle-même n'est pas indispensable et le rôle de la catharsis qui l'accompagne n'est pas prépondérant. Même pour un malade muet, et finalement un grand nombre l'est, le groupe peut être bénéfique. Il perçoit les sentiments des autres à son sujet, il reconnaît que d'autres peuvent vivre les mêmes sentiments que lui, et qu'ils peuvent les exprimer ; dans des phénomènes d'identification latérale il reconnait chez autrui ce qu'il voudrait être lui-même, ce sont là des processus qu'on a décrit sous le nom d'universalisation ou d'effet de miroir. De plus l'activité des thérapeutes rend impossible à l'un quelconque des participants muets l'isolement complet des forces affectives du groupe. Mais cette activité pose des problèmes importants. Nous avons vu dans quelle mesure elle était nécessaire dans la réunion et en dehors d'elle ; elle est surtout importante pour le leader plus que pour les autres soignants. Dans un groupe naturellement le leader a un pouvoir fantasmé de gratification de menace et de solution magique. Dans notre groupe ce pouvoir fantasmé se conjugue avec la mégalomanie projetée du psychotique et avec un pouvoir réel. Dès le groupe se trouve placé dans une position de dépendance par rapport au leader, qui le rend analogue aux groupes dépendants décrits par

BION (3), mais qui est ici fixée et non mobilisable. La première conséquence en est la grande difficulté pour les malades d'exprimer des sentiments agressifs dirigés contre le leader, malgré la disparition progressive du climat de gentillesse généralisée qui régnait au début. L'agressivité peut n'être exprimée que sous forme ludique et dirigée contre les autres soignants qui finalement sépare chaque malade de la relation élective qu'il recherche avec le leader. La remise en question du leader se ferait au prix de la sécurité dans le groupe, elle serait pourtant particulièrement intéressante dans la mesure où est l'image transférentielle du parent tout puissant. Par ailleurs et en miroir les soignés se fixent dans leur statut de malade, derrière leurs symptômes qui leur donnent une identité, en attendant tout d'un objet extérieur, ou au contraire s'identifient au psychiatre. Se figer dans un statut de malade, dont les caractéristiques pour chacun sont bien connues de tous donne un sentiment de sécurité pour le malade lui-même et pour les soignants : le psychotique tend à se conformer à l'image qu'on a de lui. Par ailleurs soignants et soignés sont pour la plupart en contact permanent pendant le reste de la journée. Abandonner ses défenses, montrer ses sentiments profonds, ses problèmes rend particulièrement vulnérable d'autant que l'on est en présence d'autres malades qui jouent au psychiatre. Sous le couvert des bonnes intentions se cache souvent l'infantilisation ou le sadisme : tel malade faisait fumer à un autre des cigarettes de sciure, son seul mode d'échange avec autrui était de demander de quoi fumer, pour voir s'il réagirait et s'il était "récupérable". Cependant si les aspects négatifs de l'identification au psychiatre, impliquée par un tel type de

groupe, nous semblent évidents, pour les malades profondément désorganisés que nous avons ses aspects positifs paraissent très importants. Les capacités thérapeutiques importantes des malades les uns pour les autres peuvent ainsi être utilisées, d'autre part l'intériorisation du psychiatre comme "bon objet" peut être hautement rassurante pour le psychotique. Enfin cette relation est poursuivie au dispensaire, une fois le malade sorti, et là, éventuellement, elle peut être dépassée.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

L'hôpital de jour en soi n'existe pas, il s'agit plutôt de modalités différentes de prise en charge à temps partiel dans des contextes différents. Dans le XIIIe arrondissement de Paris, des formes originales de réponse aux besoins psychiatriques se sont peu à peu différenciées. Elles ont permis de réduire de façon importante le nombre de lits d'hospitalisation (moins de 1 lit pour 1000 habitants). Ainsi ont été créés un service d'"hospitalisation à domicile", des ateliers thérapeutiques de réadaptation au travail, un foyer de post-cure, un hôpital de jour enfin. Le malade, toujours suivi par la même équipe médicale, peut bénéficier à différents moments de son évolution de l'une ou l'autre de ces institutions. Pour chacun s'est imposée l'exigence d'établir un "projet thérapeutique" tenant compte de chaque structure et de ses possibilités de remaniement. Souvent ces ambitions thérapeutiques doivent être limitées et confrontées à la demande sociale et à celle du malade. La guérison symptomatique et la réadaptation sociale est souvent l'objectif limité qu'il est raisonnable de se proposer.

L'hôpital de jour est l'institution de prise en charge à temps partiel, où l'activité thérapeutique est la plus grande, elle bénéficie d'une densité importante de personnel,

d'une activité ergothérapique et sociothérapique intense, de presque tout l'éventail enfin des thérapeutiques biologiques. A ce titre des malades graves peuvent y être traités et en particulier des psychotiques graves. L'hôpital de jour est pour eux une formule intéressante, dans la mesure où elle exige de leur part une demande de soins concrétisée par la venue quotidienne à l'hôpital. Nous avons étudié la nature et l'ambiguité de cette demande et montré que spontanément l'institution et la psychose tendent à s'adapter l'une à l'autre de façon stable. Les thérapeutiques institutionnelles tendent à mobiliser cet équilibre, la réunion communautaire quotidienne cristallise ces interactions et structure le champ de la rencontre soignant-soigné.

Celle-ci a lieu d'abord sous le signe de l'agir. Le comportement du psychotique est fait de passivité entrecoupée de passage à l'acte agressif ou d'émergence délirante. En réponse le thérapeute ne peut adopter une attitude de neutralité passive et permissive inspirée de la psychanalyse, il doit au contraire avoir un rôle très actif, dans le prolongement de son activité de secteur, par le biais des prescriptions médicamenteuses, en établissant des limites réalistes et claires à ce qui peut être toléré de la part des malades, dans la réunion enfin par une attitude de gratification pour favoriser la cohésion du groupe, en limitant par ses interventions l'angoisse déstructurante. Potentiellement cette confrontation de deux forces antagonistes tend à se figer dans une relation de dépendance où le thérapeute occupe l'image du parent tout-puissant.

La réunion est thérapeutique dans la mesure

où elle permet de réintroduire dans la relation ce qui est agi par le psychotique en dehors de celle-ci, dans la mesure où le vécu projectif et persécutif du psychotique peut être modifié par l'attitude des soignants et en particulier par la communication en retour de leurs sentiments et de leurs réactions face au malade (feedback). Ainsi le psychotique peut expérimenter que la réalité n'est pas telle que ses craintes inconscientes le lui faisaient prévoir (ce que nous avons décrit sous le terme d'expérience de réalité). De plus les identifications des malades aux soignants, des malades entre eux développent au maximum les capacités thérapeutiques de chacun et permettent aux "déviants" de ne pas être rejetés. Ainsi un lien affectif sécurisant peut-il être établi entre le malade et l'institution, sa solidité lui permettra le moment venu de se passer complètement de l'hôpital, ce qui est toujours notre but. Cependant même dans le cas d'une hospitalisation à temps partiel, où les liens entre l'individu et son milieu ne sont pas rompus, il faut savoir accepter que ce processus d'autonomisation ne se fasse qu'à très long terme.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : P. PICHOT

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

I - AZOULAY (J)
Contribution à l'étude de la social-thérapie dans un service d'aliénés musulmans.

2 - BATTEGAY (R)
La psychothérapie de groupe en clinique psychiatrique, publiée dans : Pratique de la psychothérapie de groupe, P.B. Schneider P.U.F. 1965.

3 - BION (W.R.)
Recherches sur les petits groupes. P.U.F. 1965.

4 - BONNAFE (L), Le GUILLANT (L), MIGNOT (H)
Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques.
C.R. du Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française. Marseille 1964, Masson édit. Paris.

5 - DAUMEZON (G)
Les fondements d'une psychothérapie collective.
Evolution psychiatrique XIII 3 1948.

6 - FERNANDEZ-ZOILA (A), LEBRETON (M), BAILLY (R) et HUGUET (P)
Auto-analyses collectives et "sociothé-

rapie". Information psychiatrique 1958.

7 - FRANK (J.D.)
Group psychotherapy with chronic hospitalized schizophrenics in Psychotherapy with schizophrenics. Ed. by E.F. Brody and F.C. Redlich New York Internat. univers.,press 1952.

8 - FREUD (S)
La science des rêves.
Paris P.U.F. 1950.

9 - FREUD (S)
Cinq psychanalyses.
Paris, P.U.F. 1967.

10 - KLAPMANN (J.W.)
Group psychotherapy. Theory and practice. Grune and Stratton 1959.

11 - MARCUSE (H)
Eros et civilisation. Contribution à Freud. Ed. de Minuit 1963.

12 - MICHAUX (G)
La notion d'institution dans son rapport avec la théorie moderne des groupes.
D.E.S. Philosophie Faculté des Lettres de Paris 1958.

13 - NACHT et RACAMIER
La théorie psychanalytique du délire.
Revue française de psychanalyse, XXII, 1958.

14 - PAUMELLE (Ph.)
Essais de traitement collectif du quartier d'agités. Thèse Paris 1952.

15 - PONCIN (C)
Essai d'application des "modèles linguistiques" à la thérapeutique institutionnelle.
Thèse Nantes 1963.

16 - RACAMIER (P.C.)
Introduction à une sociopathologie des schizophrènes hospitalisés.
XXII, I, 1957.

17 - RACAMIER (P.C.)
Conférence à l'évolution psychiatrique. 1967.

18 - SACKS (J.M.) and BERGER (S)
Group therapy. Techniques with hospitalized chronic schizophrenic patients.
J. Consult. Psychol. 1957.

19 - STANTON (A.H.), et SCHWARTZ (M.S.)
The mental hospital Basics Books New York 1954.

20 - TRILLAT (E), INFANTE (B), FARGEON (A), FERRAN (C)
Le psychotique chronique dans le milieu social.
Encéphale 1966.

21 - WHITEHORN (J.C.) and BETZ (B.J.)
A study of psychotherapic relationships between phsician and schzophrenic patients.
AM. J. Psychiat. 1954.

- Mêmes auteurs : A comparison of psychotherapeutics relationships between physician and schizophrenics patients, when insulin is combined with psychotherapy and when psychotherapy is used alone.

- Mêmes auteurs : Further studies of the doctor as crucial factor for the prognosis of schizophrenics patients.

22 - WOODBURY (M.A.)
L'équipe thérapeutique.
L'information psychiatrique 1966.

-:-